

Mestrado em: Educação para a Saúde

Promoção da Motricidade, Memória e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados

Rita Alexandra Maduro Ribeiro

2015

Mestrado em: Educação para a Saúde

Promoção da Motricidade, Memória e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados

Rita Alexandra Maduro Ribeiro

Relatório de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre realizado sob
orientação da Professora Doutora Ana Paula Amaral

2015

Agradecimentos

À minha família, meus pais e irmãs, pela paciência e apoio durante todo o decorrer deste mestrado. Sem ela não teria conseguido.

À Paula Geraldo, minha amiga, que sempre me apoiou nos momentos mais difíceis.

À Santa Casa da Misericórdia de Soure, principalmente ao Lar da Saibreira, pelo apoio e pela oportunidade de poder realizar este projeto.

Ao Sr. Provedor, à Dr.^a Leonor, Assistente Social, e à Dr.^a Célia, Diretora, todos eles corpos fundamentais da Santa Casa da Misericórdia. A sua ajuda e apoios disponibilizados foram muito importantes para a realização do projeto.

Aos utentes do Lar da Saibreira. Sem eles a realização deste projeto não seria possível. Ajudaram-me a adquirir novos conhecimentos e enriqueceram o meu aprendizado.

À Doutora Ana Paula Amaral, pela disponibilidade, paciência e esclarecimento de dúvidas. O seu nível de exigência fez-me caminhar no sentido de fazer mais e melhor.

À Dr.^a Maria Manuela Vilar pela disponibilidade e por me facultar o instrumento de avaliação WHOQOL-Old, na altura em fase de validação.

A todos os que direta ou indiretamente me apoiaram, mesmo não estando presentes, e me fizeram acreditar que a realização deste mestrado era possível.

A todos o meu muito obrigada!

Índice

Resumo	XI
Abstract	XIII
Introdução.....	1
1.1 - Envelhecimento, Causas e Consequências	2
1.2 - Envelhecimento ativo	6
1.3 - Memória	8
1.4 - Motricidade	10
1.5 - Qualidade de Vida.....	12
1.6 - A Educação para a Saúde.....	13
1.7 - A Animação Sociocultural	15
1.8 - Projetos de Intervenção	17
2 – Programa de Intervenção.....	19
2.1 – Caracterização da instituição.....	19
2.2 – Descrição do projeto.....	19
2.3 - Objetivos	19
2.4 – Amostra.....	20
2.5 - Instrumentos de avaliação	20
2.6 - Implementação e avaliação.....	22
3 - Resultados.....	24
3.1 – Memória	24
3.2 – Motricidade.....	25
3.3 – Qualidade de Vida.....	27
3.4 – Satisfação dos utentes	28
4 – Discussão	30
5 – Conclusão.....	31
Bibliografia	32
Anexos	39

Índice de tabelas

Tabela 1 - Comparação das médias relativamente à memória (<i>t</i> de Student)	24
Tabela 2 - Comparação das médias relativamente ao risco de quedas (<i>t</i> de Student)	25
Tabela 3 - Comparação das médias relativamente ao risco de quedas (teste de Wilcoxon)	25
Tabela 4 - Comparação das médias relativamente à independência (<i>t</i> de Student)	26
Tabela 5 - Comparação das médias relativamente à independência (teste de Wilcoxon)	26
Tabela 6 - Comparação das médias relativamente ao total do WHOQOL-Old (<i>t</i> de Student)	27
Tabela 7 - Comparação das médias relativamente ao total do WHOQOL-Old (teste de Wilcoxon)	28
Tabela 8 - Frequências e percentagens inerentes à questão sobre se as atividades contribuíram para melhorar a saúde	28
Tabela 9 - Frequências e percentagens inerentes à questão sobre se estão satisfeitos com as atividades realizadas	29
Tabela 10 - Frequências e percentagens inerentes à questão sobre se deveria haver mais atividades deste tipo	29
Tabela 11 - Frequências e percentagens inerentes à questão sobre se as atividades devem continuar a ser realizadas	29

Resumo

Na terceira idade, é fundamental intervir no dia a dia dos idosos. Nesse sentido elaboramos um projeto que visa promover a capacidade motora e a memória, bem como a qualidade de vida dos utentes de um lar, tendo por base a animação socioeducativa.

A amostra foi constituída por 23 utentes, de um lar de idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos de idade. Foram realizadas um total de vinte sessões, que incluíram atividades motoras, de memória e promotoras das relações interpessoais. O processo decorreu ao longo de dez semanas.

Relativamente aos instrumentos de avaliação foram utilizados: o Mini Mental State Examination (MMSE), validado para a Versão Portuguesa para avaliar o funcionamento cognitivo; uma adaptação do EASY-Care Standard 2010: Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas - Universidade de Aveiro, como forma de avaliação motora; e o WHOQOL-Old, na versão portuguesa, para avaliar a qualidade de vida do idoso.

A análise dos resultados foi realizada pelo programa SPSS e obteve os seguintes resultados: em relação à memória verificou-se um impacto positivo, apesar de não significativo; a motricidade teve dois pontos de avaliação: a avaliação do risco de quedas não teve qualquer alteração e a pontuação de independência revelou uma ligeira melhoria apesar de não significativa. Relativamente à qualidade de vida verificou-se que, apesar de alguns resultados apresentarem uma pequena evolução, não revelam diferenças estatisticamente significativas. A análise do questionário de satisfação revelou um bom resultado por parte da satisfação dos idosos relativamente às atividades realizadas.

Palavras-Chave: Educação para a Saúde, envelhecimento, envelhecimento ativo, memória, motricidade, qualidade de vida e saúde.

Abstract

In the third age, it is essential to intervene in everyday life of the elderly. In this regard we developed a project that aims to promote motor skills and memory, as well as the quality of life of users of a home based youth work.

The sample consisted of 23 users, a nursing home aged 65 and 98 years of age. Have been performed a total of twenty sessions, which included traction, memory activities and promoters of interpersonal relationships. The process took place over ten weeks.

As regards the assessment tools were used: the Mini Mental State Examination (MMSE), validated for the Portuguese version to assess cognitive functioning; an adaptation of the EASY-Care Standard 2010: evaluation system of Elders-University of Aveiro as a way of driving assessment; and the WHOQOL-Old, in the Portuguese version, to assess the quality of life of the elderly.

The analysis of the results was carried out by SPSS program and obtained the following results: in relation to memory there was a positive impact, although not significant; The Motricity had two points assessment: the assessment of risk of falls had no change and the score of independence revealed a slight improvement though not significant. Regarding quality of life it was found that, although some results present a little evolution, not reveal statistically significant differences. Satisfaction questionnaire analysis revealed a good result by the satisfaction of older persons in relation to the activities carried out.

Keywords: health education, aging, active aging, memory, motor function, quality of life and health.

Introdução

O envelhecimento diz respeito a um processo que ocorre ao longo de toda a nossa vida, desde a concepção até à morte.

Vários estudos revelam que o envelhecimento demográfico em Portugal aumentou significativamente nos últimos 50 anos e estima-se que em 2050 haja uma média de 2,5 idosos por cada jovem com menos de 15 anos (Fonseca, 2006).

O aumento e a expansão dos problemas relativos ao envelhecimento introduziram a necessidade de se compreender melhor este processo que faz parte do ciclo da vida humana mas cujo estudo foi, durante largos anos, negligenciado em favor de outras fases, como a infância e a adolescência.

No processo de envelhecimento cruzam-se várias forças que surgem quer do indivíduo, quer do contexto onde este se encontra inserido. O envelhecimento é encarado como parte do desenvolvimento e é visto como o resultado da interação dinâmica, que se estabelece e que é patente ao longo de todo o ciclo de vida (Fonseca, 2006).

O envelhecimento populacional tem vindo a registar-se em todo o mundo devido a várias causas ou fatores tais como: a redução acentuada da natalidade, devido ao uso de métodos contraceptivos, da inclusão da mulher no mercado de trabalho e das condições sociais, assim como a redução da doença e da taxa de mortalidade, devido aos avanços na medicina.

Estas causas levam a consequências a vários níveis, tais como: social, saúde, económico, político e cultural, mas a nível da educação e da ciência terão que se especializar mais pessoas para poderem trabalhar com pessoas idosas (Oliveira, 2008).

Com o passar dos anos o indivíduo vai perdendo qualidades de memória, que dependendo de pessoa para pessoa pode declinar mais cedo ou mais tarde; de motricidade, que deve ser trabalhada para que os idosos não percam a sensibilidade e não fiquem muito cedo dependentes de terceiros; a perda da qualidade de vida, que deve ser uma preocupação constante, uma vez que os idosos com uma melhor qualidade de vida e que se preocupam com a sua saúde são mais felizes e saudáveis.

Neste sentido, o presente projeto pretende dar a conhecer a importância de intervir com a população idosa na área da educação para a saúde que deve ser constante, quer em pessoas idosas quer em qualquer outra idade. Assim a animação socioeducativa deve ser de primordial importância na intervenção com os idosos de forma que estes tenham noção das suas capacidades e até quem sabe, permitir descobrir novas formas de se sentirem bem com a vida e com o meio que os rodeia.

Apesar da importância de intervir neste tipo de grupos, idosos institucionalizados, não podemos esquecer as características pessoais de cada um que os tornam seres únicos e individuais. Tal facto deve ser abrangido tanto no contexto educativo como no da saúde.

Assim este projeto visa criar atividades facilitadoras de um envelhecimento bem sucedido e tem como objetivo promover a capacidade motora e a memória, bem como a qualidade de vida dos utentes, tendo por base a animação socioeducativa.

1 – O Envelhecimento

1.1 - Envelhecimento, Causas e Consequências

A população portuguesa tem vindo a registar, nas últimas décadas, um continuado processo de envelhecimento demográfico, resultado do declínio da fecundidade e do aumento do índice de longevidade, resultante do aumento da esperança média de vida (Ribeiro & Paúl, 2012).

Oliveira (2008) acrescenta como causas do envelhecimento, o facto de a mulher trabalhar e os avanços na medicina, que reduzem o aparecimento de doenças e diminuem a taxa de mortalidade.

Estas causas levam a consequências a vários níveis, tais como: a nível social há uma maior convivência intergeracional e mais idosos a viver em instituições; a nível do Serviço Nacional de Saúde existe uma maior exigência e maiores gastos em medicações e tratamentos; a nível económico verifica-se um maior número de pessoas reformadas que leva à diminuição de receitas do Estado; a nível político, existe um maior peso de votos nos partidos conservadores; a nível cultural surgem mais universidades seniores; e a nível da educação e da ciência terão que se especializar mais pessoas para poderem trabalhar com os idosos.

Em 1960, Portugal contava com uma população idosa com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos representando cerca de 8%. No 2000, o último censo revelou que a percentagem de idosos correspondia a 16,4% ultrapassando assim a população jovem até aos 14 anos que correspondia a 16% e 14,3% entre os 15 e os 24 anos. Em 2004 a população idosa tinha quase 2 milhões de pessoas e prevê-se que por volta de 2025 possa atingir os 20% (Oliveira, 2008).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) prevê que a população continuará a crescer até 2034, atingindo 10898,9 milhares de indivíduos, diminuindo posteriormente (Ribeiro & Paúl, 2012).

De acordo com a OMS, citada por Oliveira (2008), a expectativa de vida a nível mundial era de 66 anos no ano 2000 e passará para 73 anos em 2025.

Mais recentemente, Ribeiro e Paúl (2012), referem que, hoje em dia, se acredita que no ano 2060, as mulheres passem a ter 87,9 anos de esperança média de vida, para 82,3 anos para os homens.

Tendo em conta que a idade média de vida tem aumentado e que surgem cada vez menos nascimentos, assistimos a um processo de envelhecimento populacional mais acelerado, levando à inversão da pirâmide das idades onde a base diminui consideravelmente e o topo se torna cada vez maior, levando Oliveira (2008) a dizer-nos que existem dois tipos de envelhecimento: o da base que se caracteriza pela diminuição da percentagem de crianças e jovens; e o do topo que se caracteriza pelo aumento significativo do número de idosos.

De facto o envelhecimento populacional português é muito elevado não apenas pela existência de uma maior longevidade, mas também devido às emigrações a que os nossos jovens estão sujeitos, dada a realidade económica que o país atravessa. O número de pessoas idosas é cada vez maior, levando o país a procurar soluções e estratégias, como a criação de políticas para garantir uma melhor assistência e preparação nos cuidados prestados a esta população para um bom envelhecimento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado velho quem já completou 65 anos. No entanto, dependendo da cultura ou dos países, a idade da velhice pode ser determinada para mais cedo, quando falamos de países em vias de desenvolvimento, onde a esperança média de vida é mais baixa.

Segundo a Direção Geral de Saúde, o envelhecimento acelerado do mundo é uma experiência totalmente nova: a população europeia entre os 65 e os 80 anos vai aumentar 40% entre 2010 e 2030 e na União Europeia as pessoas com mais de 65 anos representarão, em 2060, 30% da população total!

Em 1999, a ONU declarou esse mesmo ano como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, com o intuito de instaurar uma sociedade para todas as idades onde foram definidos vários princípios: o da dignidade, da autonomia, do desenvolvimento pessoal, do acesso aos cuidados básicos e da participação ativa na sociedade. Estes cinco princípios são muito importantes para o envelhecimento ativo.

No processo de envelhecimento cruzam-se várias forças que surgem quer do sujeito, quer do contexto onde este se encontra inserido. O envelhecimento é encarado como parte do desenvolvimento e é visto como a consequência da interação dinâmica, que se estabelece e que é patente ao longo de todo o ciclo de vida (Fonseca, 2006).

De acordo com Atchley (2000) o envelhecimento é um conjunto de processos de natureza física, psicológica e social que, com o tempo, produzem mudanças na capacidade de funcionamento dos indivíduos e influenciam a sua definição social.

Para Ribeiro e Paúl (2012) o envelhecimento tem sido descrito como um processo, ou conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda de capacidade de adaptação e pela diminuição da fecundidade, estando associado a inúmeras alterações com repercussões na mobilidade, autonomia e saúde.

Segundo Fernandes (n.d.) o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que o podem levar à morte.

Para Lima (2010) o envelhecimento diz respeito a um processo que ocorre ao longo de toda a nossa vida, desde a concepção até à morte, enquanto a velhice é a última fase da vida.

Schroots e Birren (1980, citados por Lima, 2010) distinguem três tipos de envelhecimento: o envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina senescência; o envelhecimento psicológico, definido pela autoregulação do indivíduo, as mudanças nas funções psicológicas como a memória e a tomada de decisões e a forma de lidar com o processo de senescência; e o envelhecimento social, relativo à forma como a sociedade encara os mais velhos, as expectativas e os papéis sociais que lhes são atribuídos.

Mendes et al. (2005, citados por Paula, 2010) referem que o papel social do idoso é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que cada pessoa tenha levado e das condições atuais em que se encontra.

Paula (2010) fala-nos de um quarto tipo de envelhecimento, o envelhecimento fisiológico que se caracteriza pelas alterações que ocorrem no organismo como: o aumento do peso corporal, diminuição da estatura, aumento da massa de gordura corporal, diminuição da taxa metabólica basal, da massa muscular esquelética e da massa óssea.

Lima (2010) diz-nos que o envelhecimento é um processo universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo.

O envelhecimento pode ainda ser determinado por: fatores ligados à idade como os biológicos que com o passar dos anos levam a que o organismo entre numa fase de declínio a partir de determinada altura; fatores ambientais que ao longo do tempo vão

moldando o ser humano dependendo daquilo que a sociedade lhe oferece e do que essa mesma sociedade espera que o ser humano lhe traga (Lima, 2010).

Esses fatores encontram-se ligados à história na medida em que, uma vez que a sociedade se encontra em constante mudança leva a que vários acontecimentos, como as guerras e as crises económicas, entre outros, situem o indivíduo num tempo afetando-o individualmente, levando a uma adaptação constante a esta sociedade em mudança.

Os fatores determinantes do envelhecimento produzem efeitos danosos diferentes de pessoa para pessoa pois, pessoas da mesma idade podem apresentar um grau de envelhecimento diferente.

Segundo Paúl e Ribeiro (2012) a visão desenvolvimental do processo de envelhecimento baseia-se em três vertentes: o potencial de desenvolvimento, a capacidade adaptativa e os limites dessa mesma capacidade.

Schroots (1996) e Fernández-Ballesteros (2007) baseando-se nestas três vertentes, defendem que as pessoas idosas possuem uma considerável capacidade de adaptação para suportar as situações de transição e de mudança decorrentes do envelhecimento.

Para melhor entendermos o processo do envelhecimento devemos ter em conta que o desenvolvimento humano é: um processo que ocorre ao longo de toda a vida; é um processo multidirecional, assumindo diferentes formas e direções; processa-se através de equilíbrios constantes entre ganhos e perdas; é caracterizado pela plasticidade no desenvolvimento dependente de diversas condições culturais; e depende de diversos contextos, como a idade e o contexto histórico (Oliveira, 2008).

Oliveira (2008) diz-nos que a pessoa envelhece como um todo, embora o primeiro responsável possam ser as células, os tecidos, os órgãos ou os aparelhos.

Com o avançar da idade e com o aparecimento das doenças e algumas perdas surgem várias características que podem ser comuns a alguns idosos: a crise de identidade; diminuição da autoestima; dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares; falta de motivação para enfrentar o futuro; atitudes infantilizadas como meio de chamar a atenção; vários complexos devido à diminuição da libido e do exercício da sexualidade; tendência à depressão; aparecimento de novos medos; diminuição das faculdades mentais, principalmente da memória; problemas a nível cognitivo, conotativo, motivacional, afetivo e personológico. Estas características devem ser trabalhadas para que os idosos não vejam o envelhecimento como o fim da vida, em que se espera pela morte, mas sim como uma fase de novas aprendizagens que podem ajudar, em muito, o seu bem-estar físico e psicológico (Oliveira, 2008).

Segundo Paúl e Ribeiro (2012) é urgente educar as pessoas de todas as idades para se apreciar a velhice como um período que pode e tem de valer por si mesmo e não apenas como um período que será o epílogo de tudo o que se viveu até aí, condicionado pelo que se viver até aí.

Devemos assim, cada vez mais, valorizar e cuidar as pessoas idosas, para que haja mudanças positivas no processo de envelhecimento, para que este seja bem sucedido.

1.2 - Envelhecimento ativo

Para que uma pessoa envelheça saudavelmente é necessário que se mantenha ativa, procurando novas vivências que a façam sentir-se valorizada e com o desejo de continuar a aprender exercitando o corpo e a mente.

Os autores Kenneth Gergen e Mary Gergen (2000) falam na emergência de uma Nova Era do Envelhecimento que, segundo eles, inaugura um conjunto de novas práticas que re-situaria o envelhecimento e a velhice em registos sociais, simbólicos, políticos e ideológicos mais capacitantes.

Os mesmos autores falam nesta emergência de novas práticas baseando-se em três fatores: a representatividade da população idosa que resulta do envelhecimento populacional que pode ser visto como um problema social para a esfera política; as novas oportunidades da vida decorrentes das novas tecnologias da comunicação que proporcionam aos idosos novas formas de comunicarem socialmente; e uma melhoria significativa da situação económica da população idosa que lhes permite ter uma melhor estabilidade aquando a chegada da reforma.

O objetivo fundamental da ideologia do envelhecimento ativo consiste em promover o prolongamento da vida ativa através do envolvimento dos mais velhos na vida social como atores participativos (Viegas & Gomes, 2007).

Hoje em dia, os governos de muitos países vão reconhecendo a relevância, do trabalho produtivo dos idosos (Simões, 2006).

Assim, devemos ver a velhice como uma fase em que o sujeito ainda pode aprender muito e dar de si à sociedade através de atividades que venham a enriquecer o seu dia a dia, como sejam voluntariado, cuidar de crianças, cuidar dos netos, ajudar os doentes e pessoas carenciadas, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde defende que o envelhecimento ativo é considerado numa perspetiva de curso de vida, em que envelhecer corresponde a um processo que se estende ao longo de todo o curso da vida e em que a história individual

se constrói progressivamente e se materializa em resultados profundamente heterogêneos e idiossincráticos (Ribeiro & Paúl, 2011).

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde existe uma diversidade de fatores determinantes para o envelhecimento ativo. São eles: pessoais, comportamentais, económicos, do meio físico, sociais e serviços sociais e de saúde.

De acordo com Ribeiro e Paúl (2011) a abordagem do envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.

Esta abordagem assenta em três pilares básicos: a saúde, a segurança e a participação social, que são os determinantes do envelhecimento ativo. Daí surgirem políticas que o visam promover com qualidade de vida e bem-estar.

Segundo Jacob (2008) o termo «envelhecimento ativo» foi adotado pela Organização Mundial de Saúde, no final dos anos 90, e procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que a designação «envelhecimento saudável», reconhecendo que, existem fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

O envelhecimento ativo subdivide-se em duas definições: uma que se foca na participação de trabalhadores, com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, no mercado de trabalho, no prolongamento da sua vida laboral e nas condições de saúde, sendo mais usada pela União Europeia, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e Banco Mundial; e a outra que se foca mais na participação social, na saúde e bem-estar das pessoas idosas e é mais utilizada pela Organização Mundial de Saúde.

De facto, a pessoa que se mantém ativa no seu dia a dia, torna-se mais feliz e confiante do que a pessoa que se mantém isolada da sociedade, mesmo quando reformada, conduzindo muitas vezes a uma tristeza que pode levar ao aparecimento de doenças com mais facilidade.

É importante que o idoso se mantenha interessado na vida e encontre atividades que o ajudem a manter-se integrado na sociedade, após a sua reforma.

O envelhecimento ativo pretende que as pessoas tomem consciência do seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida através da participação ativa dos seniores em questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais (Jacob, 2008).

Praticar alguma atividade física contribui para que o organismo se mantenha em boa forma podendo, por exemplo evitar doenças cardiovasculares. É igualmente

importante desenvolver atividades cognitivas para ajudar o cérebro a desenvolver novas capacidades que possam retardar o aparecimento de doenças como a doença de Alzheimer.

1.3 - Memória

Existem grandes diferenças entre os idosos, pois se em alguns se mantêm as suas capacidades cognitivas intactas até bastante tarde, noutros o declínio começa bastante cedo, antes mesmo de serem considerados idosos (Fonseca, 2006).

De acordo com Simões (2002) há idosos que mantêm as capacidades cognitivas em grau suficiente, para lhes permitirem conduzir uma vida normal, na sociedade em que se encontram inseridos.

Para avaliar as mudanças cognitivas do idoso vários autores referem três modelos: o modelo biológico que nos diz que os sentidos vão enfraquecendo, a memória vai diminuindo e a inteligência empobrecendo; o modelo do declínio com compensação que nos diz que alguns elementos, como o ambiente poderiam ajudar a que o declínio biológico fosse menos acentuado; e o modelo da estabilidade, que prediz a não existência de mudanças ao longo da vida adulta (Simões, 2006).

Após alguns estudos concluiu-se que a maioria das capacidades intelectuais começa a declinar por volta dos 60 anos, como a perda de velocidade percetiva. Com o passar dos anos surge também a perda de memória que pode ser agravada com doenças como a depressão ou até mesmo com a inatividade do sujeito.

O Estudo Longitudinal de Seattle, de Schaie (1996) diz-nos que a capacidade verbal e o raciocínio numérico atingem o seu pico de crescimento na meia-idade e apresentam poucos declínios até aos 74 anos, enquanto que a velocidade de processamento, o raciocínio indutivo, a orientação espacial e a memória verbal apresentam um declínio quase linear desde a meia idade (Paúl & Ribeiro, 2012).

Segundo os mesmos autores, o respetivo estudo permitiu concluir que o funcionamento cognitivo na velhice poderá estar relacionado com fatores de ação proximal e distal, como a herança genética inerente às capacidades cognitivas, o ambiente familiar no início da vida e na meia-idade, o funcionamento cognitivo na meia-idade, o estatuto socioeconómico, o estilo de vida e a presença de doenças crónicas.

Várias investigações concluíram que o declínio da memória, a longo prazo não é uma característica do envelhecimento, mas as falhas de memória a curto prazo apresentam um défice maior, ou seja, o idoso recorda-se melhor do que aconteceu há 50 anos, do que o que aconteceu no dia anterior.

Lourenço (1997) diz-nos que para alguns autores, o que se desenvolve com o desenvolvimento cognitivo é a capacidade geral de memória que pode ser chamada de memória de trabalho, amplitude de memória, ou capacidade mental. Para outros autores, o que se desenvolve é um conjunto de capacidades relativamente paralelas e independentes, como a capacidade para a leitura, para a compreensão de textos ou para a resolução de problemas. Ainda, para outros autores, o que se desenvolve com o desenvolvimento cognitivo são os tipos específicos de conhecimento, ou seja, o conhecimento declarativo, o processual e o metacognitivo.

Para Oliveira (2008), o desenvolvimento cognitivo dos idosos, em particular, o desenvolvimento da inteligência, relaciona-se com o desenvolvimento ou envolvimento da memória. No entanto, muitas vezes quando atingidos por doenças, como a doença de Alzheimer, as pessoas vão apresentando deficiências na memória.

Rosenfield (1994, citado por Paúl e Ribeiro, 2012) considera que a memória é um processo de generalização ou de classificação que integra a experiência passada. Ainda para o mesmo autor, a memória é uma reconstituição que visa proporcionar uma perspectiva do passado adaptada ao momento presente de modo a favorecer a execução de um comportamento útil ou de um comportamento racional.

Segundo as abordagens do processamento da informação, o que se desenvolve com o desenvolvimento cognitivo é a capacidade do sujeito para tratar ou processar a informação e a memória, que pode ser a curto ou a longo prazo (Lourenço, 1997).

Após o término de um determinado acontecimento, qualquer pessoa pode reter informação sensorial pura ou não categorizada por breves instantes, ou então pode guardar informação a nível categorial durante longos períodos de tempo, como anos.

Vários autores falam em duas classes de memória: memória a curto prazo, que se caracteriza pela memória primária e operatória ou de trabalho; e memória a longo prazo, onde se distingue a memória episódica que tem a ver com as recordações, a memória semântica que tem a ver com a simbologia, e a memória procedimental que tem a ver com rotinas e hábitos, entre outras (Paúl & Ribeiro, 2012).

Existe ainda a memória transitória que tem a ver com as memórias sensoriais, que se registam por alguns segundos e a memória não declarativa que se expressa pela ação e se refere à recordação de um evento passado e podem ser denominados de memória retrospectiva, mas também se pode referir a algo que tenhamos que fazer no futuro, sendo esta a memória prospetiva.

Paúl e Ribeiro (2012) defendem a existência de três fases do processamento da memória: a codificação e armazenamento, que se referem à transformação da informação sensorial de modo a que possa ser armazenada; a retenção que tem a ver

com a permanência ou manutenção da forma como a informação é registada; e a recuperação que tem a ver com o acesso a esse registo.

De acordo com Simões (2006) a memória é multidimensional, e podem-se distinguir dois níveis de estudo da mesma: o nível estrutural e o nível processual. O nível estrutural divide-se em vários sistemas de memória: o sensorial, em que poucas ou nenhuma diferença se verificam com a idade; o sistema a curto termo (primária), em que a informação se retém por um período reduzido de tempo, cerca de 10 a 20 segundos; e a longo termo (secundária), em que a informação se retém por mais tempo levando à recordação de acontecimentos que ocorreram há horas, dias ou meses.

As causas da diminuição da memória podem ser várias como: o estado emocional; o nível cultural e instrucional, a situação socioeconómica, o stresse e as causas neuronais.

Moragas (1991) refere que a natureza da memória, segundo os sentidos, originou a divisão da memória em auditiva e visual.

O mesmo autor refere ainda que, as causas que levam à perda de memória são complexas, e que existem fatores psicossociais, como o baixo nível de inteligência, a falta de treino da memória e a falta de motivação, que podem levar à sua perda mais rapidamente.

O declínio da memória pode ser suavizado através de boas estratégias que ajudem a manter e a reabilitar a memória, levando a que o idoso possa sentir-se bem consigo mesmo e com os outros.

Segundo Oliveira (2008) diversos estudos mostram que os idosos não se mostram menos satisfeitos com a vida em relação aos outros grupos etários, apesar dos problemas de saúde e problemas financeiros, entre outros.

Grande parte do potencial cognitivo é preservado na última fase do ciclo da vida. Na generalidade dos casos, a reserva de capacidades é suficiente para se conduzir uma vida normal.

A memória deve ser trabalhada para que o idoso mantenha as suas capacidades e as suas competências cognitivas por mais tempo.

1.4 - Motricidade

O desenvolvimento motor é a mudança contínua do comportamento motor ao longo do ciclo de vida do indivíduo, provocada pela interação entre as exigências da tarefa motora, a biologia do indivíduo e as condições do ambiente (Gallahue, Ozmune & Goodway, 2012).

Os mesmos autores referem que o principal objetivo do desenvolvimento motor e da educação do movimento do indivíduo é aceitar o desafio da mudança no processo contínuo de adquirir e manter o controlo motor e a competência de movimento ao longo da vida.

Meinel e Schnabel (1976) dizem-nos que para falarmos em motricidade, devemos falar, primeiramente, em ontogénese motora. A ontogénese motora é o desenvolvimento individual de habilidades de condicionamento e da coordenação, e de formas básicas de movimento, como andar, correr e saltar.

De acordo com os mesmos autores a ontogénese motora abrange o desenvolvimento de habilidades de condicionamento e de coordenação como habilidades de força, de velocidade e de resistência, habilidades de direção motora, habilidades motoras de aprendizagem, adaptação e mudança, entre outras no curso da vida.

A fase da terceira idade é designada como a fase da crescente diminuição do rendimento motor. Segundo Meinel e Schnabel (1976) este retrocesso começa entre os 45 e os 50 anos, num processo lento que com o passar dos anos se torna irreversível.

Conforme a pessoa envelhece, as capacidades de movimento tendem a regredir e a interação coordenada dos mecanismos sensoriais e motores fica inibido com maior frequência (Gallahue, Ozmune & Goodway, 2012).

Meinel e Schnabel (1976) referem que esta regressão ocorre por volta dos 60 – 70 anos, alcançando um grau que se torna evidente na motricidade global do ser humano. Em sujeitos com idade muito avançada, a necessidade de movimento é muito reduzida, a condução de movimentos ocorre devagar e há uma perda da capacidade para várias atividades.

Para melhor entendermos a regressão motora, devemos ter em consideração os processos de envelhecimento de todos os órgãos e tecidos do organismo humano; a limitação da mobilidade dos processos nervosos e a redução da capacidade de receção e elaboração de informações (Meinel & Schnabel, 1976).

Igualmente importante é a capacidade de condução motora e a de adaptação e transformação em ações de movimento que são consideravelmente influenciadas por esta regressão motora.

Certo é que, com o avançar da idade, vamos perdendo qualidades e quando chegamos à fase da velhice deparamos, muitas vezes, com dificuldades que não tínhamos antes, tais como: caminhar mais devagar, dificuldades em abrir um frasco, ou até falta de força necessária para segurar vários objetos com as mãos (Meinel & Schnabel, 1976).

Estas dificuldades, certamente, levam os mais idosos a sentirem-se deprimidos e a considerarem-se um peso para a sociedade. Por isso a motricidade deve ser trabalhada, tanto quanto possível, para que os idosos possam manter, por mais tempo, o bom funcionamento das suas qualidades motoras.

Algumas das causas possíveis para que este retrocesso comece mais cedo são: a inatividade desportiva e motora; uma alimentação descuidada; o uso inadequado de substâncias como a nicotina; e os efeitos condicionados pela profissão (Meinel & Schnabel, 1976).

Para os mesmos autores, a manifestações da idade na motricidade são um processo inevitável mas possível de ser retardado. Para isso, na idade avançada, não se pode apenas praticar desporto, mas também ter cuidado com o corpo e exercitar as capacidades motoras.

Meinel e Schnabel (1976) revelam ainda que deve haver muito cuidado com as habilidades de rendimento motoras individuais em qualquer atividade desportiva na terceira idade. Assim será melhor iniciar a atividade física através de pequenos jogos.

A atividade física é de extrema importância para que o envelhecimento seja saudável e para que os idosos mantenham a sua motricidade por mais tempo.

Uma das atividades que pode ser muito útil para os idosos é a ginástica. Quando exercida com regularidade, melhora a aptidão física, a mobilidade articular; contribui para a manutenção do desempenho cognitivo; melhora a qualidade do sono e a autoestima e facilita na socialização dos idosos.

De acordo com Ribeiro e Paúl (2011) os exercícios de mobilidade articular devem ser explorados na sua máxima amplitude e em diferentes regiões corporais, tais como: cintura escapular, pescoço, braços, mãos, dedos, caixa torácica, tronco, quadris, pernas e pés.

Para estes autores, estes exercícios são muito importantes uma vez que favorecem o domínio corporal, pois a ginástica é fundamental para que os idosos mantenham os seus movimentos por mais tempo.

Deste modo, através de vários exercícios, os idosos podem recuperar um pouco da sua motricidade e por conseguinte aumentar a sua autoestima e satisfação com a vida, mantendo-se saudáveis por mais tempo.

1.5 - Qualidade de Vida

Qualidade de vida é uma das expressões mais usadas na literatura internacional relacionada ao campo da Saúde.

Carvalho (2005) refere que a qualidade de vida está relacionada com o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria existência. É uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar, e nesse sentido, é uma construção social.

A qualidade de vida inclui dimensões culturais diferentes pois cada sociedade pode destacar diferentes qualidades, uma vez que existem diversos estilos de vida e necessidades diferentes para cada pessoa (Junior, n.d.).

De acordo com Paula (2010) a diminuição da qualidade de vida do idoso está ligada à perda da autonomia e da independência, ou seja, diminuição da capacidade funcional. Os problemas que podem levar à perda da qualidade de vida podem ser: instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, incontinência urinária e fecal.

Por isso é importante que se envelheça bem de modo a ter um envelhecimento bem sucedido.

A atividade física surge, como um elemento potenciador da qualidade de vida da pessoa idosa pois, o movimento é essencial para que o idoso mantenha o equilíbrio fisiológico e psicológico, que lhe permita gozar uma velhice plena mantendo-se autónomo, ativo e criativo no dia a dia.

Nunes (2008) refere que para além de manter o corpo são, é igualmente importante manter a mente ativa. Para isso devemos ler, fazer palavras cruzadas, jogos de mesa, inscrever numa universidade sénior, alargar as redes sociais, e diversificar os passatempos, entre outros.

Hoje em dia, estudos revelam que muitos idosos se encontram felizes, pois revelam que as emoções positivas são superiores às emoções negativas levando-os a sentirem-se de bem com a vida.

1.6 - A Educação para a Saúde

A preservação da saúde na velhice deve ser preparada a longo termo, na meia-idade, ou até antes, com a adoção de estilos de vida saudáveis (Simões, 2006).

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como um estado de completo bem-estar, físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade (Rodrigues, Pereira & Barroso, n. d.).

Após a conferência de Alma-Ata, em 1978 considera-se que a saúde não é uma finalidade em si, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos de modo a que se possa conseguir o desenvolvimento das comunidades (Loureiro & Miranda, 2010).

Neste sentido foram realizadas várias conferências e a partir dos anos 80 surge uma tendência mundial voltada para o desenvolvimento de um conjunto de ideias denominado promoção da saúde onde são criadas políticas que pretendem promover a saúde. A promoção da saúde começa a ser entendida como qualquer intervenção que busca promover a saúde e prevenir doenças e incapacidades (Junior, n.d.).

Desta forma pretende-se que as pessoas tenham um maior controlo sobre o seu estado de saúde e sejam capazes de o melhorar. A OMS, em 1998, afirma ainda que o indivíduo ou grupo deve ser capaz de determinar e atingir as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e influenciar o ambiente (Loureiro & Miranda, 2010).

Em Portugal, surgiu o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que esteve orientado para os ganhos em saúde ao longo de todo o ciclo de vida, compreendendo ações de promoção de saúde que fossem definidos. O novo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 integra os valores da justiça social, a universalidade, equidade, solicitude e solidariedade do sistema de saúde, tendo assim ligação com os instrumentos de governação, requeridos pela OMS.

Em Portugal, alguns autores defendem que a existência de relações sociais significativas na velhice são consideradas como um fator protetor da saúde mental dos idosos, pois ajudam a manter a autonomia, e a sentirem-se mais satisfeitos com a vida.

Devido à evolução de novas conceções sobre as pessoas e a vida, surgiram novas políticas de saúde e de educação que têm trabalhado no intuito de encontrar a melhor forma de promover saúde para uma melhor qualidade de vida do indivíduo respeitando as preferências, as necessidades e os princípios da justiça, cidadania e coesão social.

A educação para a saúde tem vindo, ao longo dos anos, a ser reconhecida internacionalmente como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença e promoção da saúde.

Apesar de ter várias definições, todas visam o bem-estar e saúde dos indivíduos, bem como a aquisição de práticas saudáveis e o evitamento de comportamentos de risco que venham a prejudicar a saúde.

Após um estudo sobre o bem-estar dos idosos, Simões et. al. (2006), concluíram que as atividades de lazer, em que os indivíduos se empenham, têm um efeito positivo sobre o seu bem-estar.

Simões et al. (2006) defendem que o lazer confere identidade e estatuto social, estrutura o tempo disponível e facilita os contactos sociais. No entanto, o mesmo estudo concluiu, também, que os tipos de atividades que ajudam à satisfação com a vida variam de acordo com as idades dos adultos mais velhos.

Verificou-se ainda que a satisfação com a vida e a felicidade tendem a aumentar quando as metas são atingidas de maneira positiva de acordo com as motivações e necessidades dos sujeitos, levando a um melhor empenhamento na atividade que desempenham.

De acordo com Simões (2006) a educação para a saúde deve ser encarada como uma tarefa, a realizar ao longo da vida, desde a concepção até à morte.

Rodrigues, Pereira e Barroso (n.d.) referem que cada cidadão assume um papel de ator e educador de saúde, pelo que a educação se deve centrar nas disposições e capacidades individuais e grupais, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida.

Para os mesmos autores, a educação para a saúde tem-se centrado na mudança de comportamento individual ou de fatores intrapessoais, como as atitudes e as crenças, que são julgados como determinantes do comportamento, a fim de promover um melhor estado de saúde.

Em diversos lares de idosos veem-se, muitas vezes, comportamentos de passividade e imobilidade com reduzida atividade física. Não raras as vezes, o sedentarismo, a que estão sujeitos, é imposto pela sociedade, que não permite ao idoso movimentar-se e ter novas experiências que o possam despertar para a vida, mesmo quando sabem que o fim pode estar próximo. Neste sentido é importante valorizar o idoso, dando-lhe ferramentas e meios que lhe permitam ser mais ativo no dia a dia.

1.7 - A Animação Sociocultural

Uma das funções chave da animação sociocultural consiste no facto de as pessoas e os coletivos se transformarem em agentes e protagonistas do seu próprio desenvolvimento (Trilla, 1998).

Neste sentido é importante dar aos sujeitos a possibilidade de poderem participar ativamente na sociedade em ações onde haja espaço para a comunicação dos membros integrantes de modo a estimular diferentes coletivos para melhor viver tanto social como culturalmente.

A animação socioeducativa é uma vertente da animação sociocultural que se dedica ao trabalho com as crianças e pré-adolescentes fora do contexto escolar contribuindo para o seu desenvolvimento biopsicossocial através da prática de atividades

em que seja feito um apelo à criatividade, afirmação pessoal e inserção na realidade próxima (Lopes, 2008).

Ainda, segundo Lopes (2008) a animação socioeducativa surgiu no fim dos anos sessenta, num contexto de educação não formal e tende a uma educação global e permanente de carácter lúdico, criativo e participativo.

Este autor remete a animação socioeducativa apenas para as crianças e jovens mas, na nossa perspetiva deverá ser direcionada, para toda a população, crianças, jovens, adultos e idosos, uma vez que contribui para o desenvolvimento psicológico, físico, cultural e educativo através da prática de atividades diversificadas que promovem o bem-estar individual e social.

Relativamente à terceira idade, encontramos-nos perante um conjunto de pessoas com características muito específicas, tais como: idade avançada, aposentação, diferentes situações de convivência como a solidão na viuvez ou em casal; várias limitações ao nível da saúde devido a doenças e à perda de capacidade motora e cognitiva, e o contexto residencial como é, neste caso, a residência em lares.

Nestas situações as pessoas idosas têm uma maior disponibilidade para desempenhar funções de tempos livres, por isso, os programas de animação sociocultural devem ser adaptados à realidade com que se vai trabalhar, tendo em conta as necessidades de cada um.

De acordo com Lopes (2008) a animação sociocultural, na terceira idade, funda-se nos princípios de uma gerontologia educativa, promotora de situações optimizantes e operativas, com vista a auxiliar as pessoas idosas a programar a evolução natural do seu envelhecimento, a promover-lhes novos interesses e novas atividades, que conduzam à manutenção da sua vitalidade física e mental de perspetivar a animação do seu tempo que é, predominantemente, livre.

De acordo com Garcia (1976, citado por Lopes, 2008) o animador deve ter uma formação polivalente, multidisciplinar e diversificada antes de entrar no domínio da especialização. Quer isto dizer, que o animador poderá intervir em todos os domínios, desde a mais tenra idade até à velhice.

Torna-se, então, importante a intervenção do animador sociocultural em cada instituição. Este deve: desenvolver programas de animação sociocultural dirigidos e supervisionados por profissionais especializados; favorecer as boas relações sociais entre os residentes, familiares e o pessoal do centro intervindo profissionalmente quando se detetarem conflitos; impulsionar os contactos pessoais das pessoas idosas com o exterior do lar; manter a boa imagem na aparência física dos residentes, estimular os contactos com a família de cada pessoa; estimular, o exercício dos conhecimentos e

experiências dos residentes; e favorecer a criatividade e a expressão corporal, mediante sessões e programas de exercício físico (Trilla, 1998).

Berzosa (1995, citado por Trilla 1998) refere que as atividades poderão ser de carácter lúdico, intelectual, psicológico, físico, social e destreza manual, entre outros.

Os lares devem, assim, desenvolver programas de animação e de desenvolvimento sociopessoal, tendo em atenção os aspetos cultural, psicossocial, socioeducativo e terapêutico, de modo a que o idoso se sinta integrado, esteja de bem consigo mesmo e com os outros e demonstre uma relação positiva com a sua nova vida.

Devem ainda, dar aos idosos a possibilidade de terem uma vida digna de modo a que possam aproveitar as oportunidades que possam servir para o seu desenvolvimento pessoal, que lhes trará uma melhor qualidade de vida.

1.8 - Projetos de Intervenção

Hoje em dia são muitos os projetos de Educação para a Saúde, direccionados para a população idosa quer em Portugal, quer no resto do mundo. São diversas vezes realizados por animadores, que têm como intuito aumentar e promover a qualidade de vida e saúde dos idosos permitindo aos mesmos redescobrir novas e melhores formas de estar na vida de modo mais autónomo e independente.

Estes projetos focam-se na atividade física, autoestima, valorização pessoal, estilo de vida ativo, estimulação do corpo e da mente, incentivo à socialização e motricidade, entre outros.

Neste sentido, e para melhor projetar o presente trabalho, foram avaliadas várias intervenções e projetos que pretenderam incutir nos idosos a importância da atividade física para o desenvolvimento motor e para a saúde mental.

Capricci e Neto (2011) ao realizarem um Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida concluíram que as idosas praticantes de atividades físicas apresentaram tempo de execução em todos os testes relacionados à capacidade funcional, similares ao das idosas não praticantes de atividade física, sendo todas classificadas como fracas. Quanto à medição da qualidade de vida relacionada à saúde, também não se verificaram diferenças entre as praticantes e não praticantes de atividade física, embora as praticantes de atividade física apresentassem uma tendência de scores mais alto quando comparados aos observados em idosas sedentárias.

Fernandes, Raposo, Pereira, Ramalho e Oliveira (2009) relativamente ao projeto sobre a Influência da atividade física na saúde mental positiva de idosos, constataram que o exercício físico é um importante meio de promoção de saúde e de qualidade de

vida, que fomenta benefícios ao nível físico, psíquico e social, permitindo aos idosos redescobrir novas e melhores formas de estar na vida de uma forma mais autónoma e independente.

A intervenção sobre uma Proposta de trabalho em Educação para a Saúde com os idosos, realizado por Jardim, Resende, Pimenta, Pascoal, Bernardes e Rosa (2004) concluíram que: a “dinâmica do espelho” proporcionou aos idosos maior descontração e interação com o grupo, além de os fazer refletir sobre o seu valor como pessoa e na comunidade, elevando sua autoestima e a sua valorização; o idoso possui uma baixa autoestima; com a realização do relaxamento e da ginástica, os idosos conseguiram expressar sentimentos como alegria, euforia, ansiedade, medo e tristeza.

No projeto Oficinas Multiprofissionais: Educação em Saúde para idosos de uma comunidade, Serbim et al. (2013) referem que os resultados revelaram que os idosos obtiveram um melhor reconhecimento das suas potencialidades e das possibilidades de se produzir saúde; as dinâmicas propostas estimularam a participação dos idosos, promoveram a interação e convívio prazerosos, o que pressupõe benefícios à saúde física, mental e social desse grupo.

Flauzin, Fratezi e Silva (n.d.) do projeto Iniciativas Socioeducativas para a promoção do envelhecimento saudável - Projeto Gerodia: Saúde, Bem-estar e Educação no Envelhecimento verificaram os seguintes resultados: a intervenção permitiu a difusão de informações sobre o processo de envelhecimento e a velhice e possibilitou a mobilização da sociedade civil para a troca de saberes sobre o tema; as atividades desenvolvidas permitiram analisar que atividades educativas relacionadas com o envelhecimento tornam-se bem-sucedidas quando levam em consideração os interesses e as necessidades do público idoso, tendo como ponto de partida a história de vida, as experiências e os conhecimentos prévios dos indivíduos.

No projeto Qualidade de vida na terceira idade: uma proposta multidisciplinar, Safons (2003) verificou que: as atividades físicas destacam-se de forma significativa no que toca ao desenvolvimento de hábitos saudáveis com relação à saúde biopsicossocial de idosos; uma das maiores contribuições da educação física com relação a estes estudos é o destaque ao processo pedagógico, que deve dar origem a planeamentos de atividades físicas para idosos; a prática de atividade física proporciona ao indivíduo o reencontro com sua corporeidade e a possibilidade de voltar a fazer pequenas coisas como: atar os cordões do sapato, cortar as unhas, pentear o cabelo, sair de casa, conhecer novas pessoas, fazer amigos, etc.

2 – Programa de Intervenção

2.1 – Caracterização da instituição

O projeto foi realizado no Lar da Saibreira – Santa Casa da Misericórdia de Soure, pertencente ao distrito de Coimbra.

A Santa Casa da Misericórdia é uma Associação Pública de Fiéis, constituída na ordem jurídica canónica, com o objetivo de praticar a solidariedade social, concretizada nas Obras de Misericórdia e realizar atos de culto católico, de harmonia com o disposto neste Compromisso. Embora o seu campo de ação possa transcender as áreas da denominada Segurança Social, os fins a que se destinam serão: o apoio à Família; a proteção dos idosos e crianças, através da criação e manutenção de Lares, Centros de Dia, Apoio Domiciliário, Creches e Jardins de Infância, respetivamente.

Nos termos do seu Compromisso, a Misericórdia de Soure poderá ainda desenvolver outras atividades, de natureza educativa, formativa, recreativa, ambiental, desportiva, dinamizadora ou cultural, que visem: a promoção do bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos; e a valorização profissional, humana ou religiosa dos seus funcionários, utentes e Irmãos.

2.2 – Descrição do projeto

O projeto “Promoção da Motricidade, Memória e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados” pretende mostrar a importância de intervir na fase da velhice, tendo por base a realização de exercícios que ajudem a desenvolver e manter tais capacidades.

Neste contexto e com uma amostra de 23 utentes, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos de idade, procedeu-se à implementação de um programa de intervenção constituído por vinte sessões que decorreram ao longo de três meses, sendo estas realizadas duas vezes por semana.

Foi realizada uma avaliação da motricidade, funcionamento cognitivo e qualidade de vida pré e pós intervenção de forma a avaliar mudanças nestas variáveis após o programa de intervenção.

2.3 - Objetivos

Este projeto tem como objetivo geral promover a capacidade motora e a memória, bem como a qualidade de vida dos utentes, tendo por base a animação socioeducativa.

2.3.1 - Objetivos específicos:

- Desenvolver atividades que possibilitem aos utentes, exercitar e desenvolver a memória.
- Realizar atividades que estimulem a motricidade dos utentes e os ajude a perceber que devem exercitar os seus membros para uma melhor saúde.
- Proporcionar aos utentes momentos de descontração com atividades que os façam sentir-se valorizados, valorizando a importância da qualidade de vida.

2.4 – Amostra

A amostra deste projeto contou com a participação de 23 utentes com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos de idade, com uma média de idades de 85,39 anos sendo 65,2% sujeitos do sexo feminino e 34,8% do sexo masculino.

Quanto ao seu estado civil, 78,3% são viúvos, 8,7% são casados ou a viver em união de facto e 13% são solteiros.

No que concerne às habilitações académicas observou-se que a maioria é analfabeta (60,9%) sendo que 8,7% frequentou a 2ª Classe, 17,4% a 3ª Classe e 13,0% a 4ª Classe (anexo 1).

Estes idosos contam já com algumas limitações, principalmente a nível físico e motor pois, na maior parte dos utentes era notória a dificuldade com que se deslocavam. Dos 23 utentes, 3 deslocavam-se de andarilho, 3 de cadeira de rodas, 9 de bengala ou canadianas, 7 sem ajuda, e 1 com ajuda.

Como critérios de inclusão e exclusão apenas foi solicitado à Assistente Social do lar que os utentes fossem autónomos e semiautónomos para participarem no projeto. Uteses acamados não fizeram parte do projeto uma vez que seria mais difícil deslocá-los para a sala onde as atividades foram realizadas.

2.5 - Instrumentos de avaliação

Como instrumentos de recolha de dados e avaliação foram utilizados: o Mini Mental State Examination (MMSE) validado para a Versão Portuguesa para avaliar o funcionamento cognitivo; uma adaptação do EASY-Care Standard 2010: Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas - Universidade de Aveiro como forma de avaliação motora do idoso; e o Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS

(WHOQOL-Old), na versão portuguesa, como forma de melhor avaliar a qualidade de vida do idoso.

O **Mini Mental State Examination (MMSE)** criado por Folstein, Folstein e McHugh, (1975), é uma escala de alta fiabilidade tanto em inglês como em português.

A validação foi originalmente executada com grupos psiquiátricos idosos e grupos não psiquiátricos de controlo da mesma comunidade. Este instrumento tem sido clinicamente usado para deteção e acompanhamento da evolução de alterações cognitivas (Valle, Castro-Costa, Firmo, Uchoa e Lima-Costa, 2009, citado por Matos, 2011).

A escala é composta por 6 grupos que avaliam as seguintes capacidades cognitivas: orientação espacial e temporal; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem; e habilidade construtiva. No total tem 11 itens sendo a pontuação mínima de 0 e a máxima de 30.

Esta escala foi escolhida para avaliar a cognição dos idosos, por ser de aplicação fácil e rápida de realizar (anexo 2).

O **EASY-Care Standard 2010: Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas** tem como objetivo caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, com 75 anos ou mais. Avalia a perceção dos idosos em relação às suas capacidades (se se sentem capazes de...), e trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos em nível social e de saúde.

Foi desenvolvido no âmbito de um projeto financiado pela União Europeia (*European Prototype for Integrated Care*. EPIC). A construção da escala realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas das dimensões. A inovação do EASYcare está no facto de acumular, numa só escala, itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

O EASYcare foi inicialmente desenvolvido na língua inglesa e, posteriormente, sujeito a um processo de validação linguística para as línguas dos outros países envolvidos sendo definido em seis fases. Posteriormente realizou-se um estudo de validação psicométrica para a população portuguesa sendo que os resultados revelaram boas qualidades (alfa de Cronbach =0,86).

Para o EASYcare foi concebido um sistema de pontuação da incapacidade. Os valores para cada item foram acordados através da combinação de pontos de vistas de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à sua importância relativa. Pode-se obter uma pontuação máxima de 127 e

mínima de 3, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Este instrumento efetua a caracterização dos idosos, encontrando-se dividido em nove partes: 1. Visão, audição e comunicação; 2. Cuidar de si (auto-cuidado); 3. Mobilidade; 4. Segurança; 5. Local de residência e finanças; 6. Manter-se saudável; 7. Saúde mental e bem-estar; 8. Informação adicional; 9. Comentários de familiares ou de amigos. Cada um destes pontos encontra-se subdividido com outras questões.

Para este projeto apenas foi utilizado o ponto 3 (Mobilidade), por ser o que mais interessava para o estudo (anexo 3).

O Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-Old) é um instrumento que avalia os domínios da versão geral do instrumento WHOQOL e possui um módulo específico para população idosa. Tem 32 questões/itens, respondidos numa escala tipo *Likert* (de cinco pontos: 1-2-3-4-5), para os diversos descritores e permitem-nos avaliar a qualidade de vida do idoso. Na versão portuguesa, tem 8 itens em que a escala de resposta é invertida.

Este instrumento foi facultado pela Dra. M^a Manuela Vilar, uma das investigadoras que estuda o WHOQOL-Old e trabalha no sentido de tornar o instrumento validado para a versão portuguesa.

O WHOQOL-Old, na versão portuguesa é semelhante ao WHOQOL e foi desenvolvido como um questionário de auto-resposta e pretende avaliar a qualidade de vida dos idosos. Este questionário pretende obter oito parâmetros, correspondentes ao resultado total e a sete facetas: Funcionamento sensorial; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e Morrer; Intimidade e Família/Vida familiar (anexo 4).

2.6 - Implementação e avaliação

Antes de qualquer contacto com a população idosa procedeu-se, ao pedido de autorização, ao Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Soure, onde lhe foi dirigida uma carta na qual constavam: a finalidade do projeto; a quem se destinava o mesmo, o tipo de atividades a serem desenvolvidas com os utentes do lar, bem como o nº de sessões e a duração da realização do projeto. Foi ainda feita referência aos instrumentos a serem usados para avaliação, bem como a referência ao questionário de satisfação (anexo 5).

Após o consentimento do Sr. Provedor decorreram várias visitas aos utentes para que houvesse um conhecimento mútuo de forma a facilitar a aplicação dos instrumentos

e a comunicação com os utentes. Os utentes foram informados dos objetivos do projeto a ser realizado, e que a sua participação era voluntária.

Posteriormente procedeu-se à realização das sessões, que tiveram o seu início dia 18 de março e terminaram a 22 de maio. Decorreram duas vezes por semana, terças e quintas-feiras no período da manhã e ao longo de 10 semanas sendo, portanto, 20 as sessões no seu total. A cada sessão, com cerca de uma hora cada, foi feita uma pequena avaliação oral no sentido de perceber se os utentes estariam ou não satisfeitos com as atividades que iam sendo realizadas. As sessões decorreram em círculo de maneira que todos os intervenientes se pudessem ver e se sentissem mais à vontade para poderem expressar as suas opiniões. Deste modo a interação entre os elementos foi mais fácil, proporcionando uma boa relação entre todos os elementos durante o decorrer das sessões.

No final de todas as sessões foram novamente aplicados os instrumentos de avaliação, assim como um questionário de modo a saber qual o grau de satisfação dos utentes relativamente ao projeto realizado (anexo 6).

2.7 - Atividades Realizadas

Para a realização desta intervenção as atividades foram selecionadas de acordo com os objetivos do projeto e as idades dos idosos. As sessões foram de cariz semanal, duas vezes (por semana) com duração de sessenta minutos e foram divididas em três grupos: funcionamento cognitivo, desenvolvimento motor e relações interpessoais. (anexo 7).

As atividades referentes ao funcionamento cognitivo pretenderam desenvolver e treinar a memória, bem como a capacidade de concentração. Pretenderam também estimular os sentidos através do tato, do olfato, da visão e do gosto.

Relativamente ao desenvolvimento motor os objetivos das atividades centraram-se em exercitar os membros superiores (mãos e braços) e inferiores (pernas e pés) através da coordenação de ritmos e exercícios que promovem a agilidade, a força e a motricidade.

No que concerne às relações interpessoais pretendeu-se mostrar a importância de conviver e viver com os outros promovendo a coesão e o espírito de trabalhar em grupo como forma de melhorar as relações entre os seus membros. Foi também referida a importância de conhecer o outro de modo que reconhecessem que embora sejamos todos diferentes, todos temos algo em comum.

3 - Resultados

Para a análise dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 19.

De acordo com Pocinho e Figueiredo (n.d.) o SPSS é um software apropriado para a elaboração de análises estatísticas de matrizes de dados e o seu uso permite criar relatórios tabulados, gráficos e dispersões de distribuições, utilizados na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis.

Após introduzir todos os dados dos questionários, relativos à primeira e segunda avaliação, procedeu-se a uma análise cuidada dos mesmos, de modo a que, através do cruzamento de dados, se obtivessem os valores que nos permitissem avaliar se o projeto tinha gerado ou não alguma evolução positiva nos utentes do lar.

Dado que a amostra é inferior a trinta indivíduos, foram realizados testes de Shapiro-Wilk nas variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e educação formal), memória, motricidade, qualidade de vida e grau de satisfação, com o objetivo de esclarecer se as mesmas exibiam uma distribuição normal e, consoante esta análise, optar por testes paramétricos ou não paramétricos.

Os resultados obtidos mostram que, para as variáveis idade, memória, participação social e família/vida familiar (WHOQOL-OLD), não se verificaram diferenças, pelo que exibem uma distribuição normal na amostra. Porém, o mesmo não se observa nas variáveis sexo, estado civil, educação formal e motricidade (independência e risco de queda) e WHOQOL-OLD (funcionamento sensorial e autonomia).

3.1 – Memória

Comparação das médias nos dois momentos de avaliação relativamente à memória					
Primeiro momento da Avaliação (n = 23)		Segundo momento da Avaliação (n = 23)		t	sig.
M	DP	M	DP		
24.57	4.154	25.30	3.140	-1.152	.262

Tabela 1 - Comparação das médias relativamente à memória (t de Student)

Relativamente ao funcionamento cognitivo pode conferir-se que os indivíduos apresentam uma ligeira diferença na pontuação média, relativamente aos dois diferentes momentos de avaliação. Antes da implementação do programa verificou-se uma média

de 24,57 (DP = 4,154), contrapondo uma média de 25,30 (DP = 3,140) após a aplicação do mesmo nos utentes em estudo. Esta diferença pode indicar, apesar de pouco relevante, que as atividades tiveram um impacto positivo na capacidade cognitiva associada à memória. No entanto, quando observados os valores obtidos no teste *t* de Student, conclui-se que esta diferença não é estatisticamente significativa ($t = -1,152$; sig. = .262), infirmoando a hipótese de existirem mudanças expressivas entre os dois momentos, ou seja, não há mudanças entre os dois diferentes momentos.

3.2 – Motricidade

Comparação das médias nos dois momentos de avaliação relativamente ao risco de quedas					
Primeiro momento da Avaliação (n = 23)		Segundo momento da Avaliação (n = 23)		<i>t</i>	sig.
M	DP	M	DP		
1.48	.846	1.48	.790	.000	1.000

Tabela 2 - Comparação das médias relativamente ao risco de quedas (*t* de Student)

Comparação das médias nos dois momentos de avaliação relativamente ao risco de quedas					
Primeiro momento da Avaliação (n = 23)		Segundo momento da Avaliação (n = 23)		<i>Z</i>	sig.
M	DP	M	DP		
1.48	.846	1.48	.790	.000	1.000

Tabela 3 - Comparação das médias relativamente ao risco de quedas (teste de Wilcoxon)

No que toca à motricidade, foi feita a avaliação do risco de queda onde se pôde observar que os utentes apresentam a mesma média (M = 1,48), nos diferentes momentos da avaliação, pelo que o risco de queda se manteve após a intervenção. A confirmar estes mesmos resultados, a análise ao teste *t* de Student revela que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas fases ($t = .000$; sig. = 1.000). Todavia, como esta variável não apresenta uma distribuição normal, recorreu-se ao teste de Wilcoxon, teste não paramétrico equivalente ao teste paramétrico de *t* de Student, para corroborar estes resultados. Desta forma, através da análise do teste de

Wilcoxon, observa-se um valor de $Z = .000$ (sig. = 1.000) pelo que confirma não existirem melhorias entre as fases anterior e posterior à intervenção.

Comparação das médias nos dois momentos de avaliação relativamente à independência					
Primeiro momento da Avaliação (n = 23)		Segundo momento da Avaliação (n = 23)		t	sig.
M	DP	M	DP		
5.04	7.613	3.96	6.314	1.478	.154

Tabela 4 - Comparação das médias relativamente à independência (t de Student)

Comparação das médias nos dois momentos de avaliação relativamente à independência					
Primeiro momento da Avaliação (n = 23)		Segundo momento da Avaliação (n = 23)		Z	sig.
M	DP	M	DP		
5.04	7.613	3.96	6.314	-1.381	.167

Tabela 5 - Comparação das médias relativamente à independência (teste de Wilcoxon)

Os resultados respeitantes à pontuação de independência revelaram a existência de uma diferença na pontuação da média, comparativamente aos dois momentos de avaliação. Numa primeira fase, anterior à intervenção, verifica-se uma média de 5,04 (DP = 7,613) e numa segunda fase uma média de 3,96 (DP = 6,314), após a aplicação da mesma. Esta diminuição nos valores da média pode ser indicadora de que as atividades realizadas produziram uma alteração positiva nos utentes, mesmo que ligeira, tornando-os mais independentes (isto é, quanto maior for a pontuação, menor é a independência). No entanto, os valores obtidos no teste *t* de Student indicam que estas diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que a intervenção não surtiu mudanças ao nível da independência motora ($t = 1,478$, sig. = .154). Mais uma vez, ao não apresentar uma distribuição normal nesta variável, recorreu-se ao teste de Wilcoxon para confirmar os resultados obtidos anteriormente. Este, ao revelar um valor de $Z = -1,381$ (sig. = .167), confirma os resultados do teste *t* de Student, pelo que a intervenção não ofereceu alterações ao nível da independência motora.

3.3 – Qualidade de Vida

No que concerne à qualidade de vida (WHOQOL-OLD) verificam-se pontuações médias de 14,91 (DP = 3,190) e de 14,17 (DP = 3,537), para o primeiro e segundo momentos respetivamente, no que diz respeito ao funcionamento sensorial. A análise estatística a partir do *t* de Student revela que os dois momentos não patenteiam mudanças significativas entre si ($t = 1,199$; sig. 243). Estes resultados são reforçados pelo teste de Wilcoxon ($Z = -.971$; sig. = .331), pelo que pode afirmar-se que não ocorreram mudanças ao nível do funcionamento sensorial (anexo 8).

Por seu turno, os valores obtidos na faceta relativa à autonomia demonstram uma pontuação média de 11,09 (DP = 2.172) e de 11,17 (DP = 1.969), evidenciando uma ligeira melhoria entre o primeiro e segundo momento. No entanto, os valores obtidos a partir do teste *t* de Student indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas duas fases da intervenção ($t = -.249$; sig. = .806), isto é, não houve melhorias após o tratamento. Estes resultados não foram repetidos pelo teste do Wilcoxon, uma vez que a presente variável apresenta uma distribuição normal (anexo 9).

Na faceta pertencente à participação social, observam-se uma pontuação média de 12,43 (DP = 2.253) para o “antes” da intervenção e uma pontuação média de 12,87 (DP = 2.117) para o “depois” da intervenção. Também neste caso se verifica uma ligeira alteração nas médias, mas os resultados obtidos pelo teste *t* de Student aludem para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas fases ($t = -1.057$; sig. = .302) (anexo 10).

Por fim, na faceta referente à família/vida familiar, constata-se pontuações médias de 24,39 (DP = 1.852) e de 23,87 (DP = 2.768) para o primeiro e segundo momento. Apesar deste ligeiro decréscimo, os resultados do *t* de Student demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos ($t = .822$; sig. = .420), ou seja, a intervenção não proporcionou mudanças ao nível da família/vida familiar (anexo 11).

Comparação das médias nos dois momentos de avaliação relativamente ao total do WHOQOL-Old					
Primeiro momento da Avaliação (n = 23)		Segundo momento da Avaliação (n = 23)		<i>t</i>	sig.
M	DP	M	DP		
101.22	8.790	101.13	10.468	.059	.953

Tabela 6 - Comparação das médias relativamente ao total do WHOQOL-Old (*t* de Student)

Comparação das médias nos dois momentos de avaliação relativamente ao total do WHOQOL-Old					
Primeiro momento da Avaliação (n = 23)		Segundo momento da Avaliação (n = 23)		Z	sig.
M	DP	M	DP		
101.22	8.790	101.13	10.468	-.098	.922

Tabela 7 - Comparação das médias relativamente ao total do WHOQOL-Old (teste de Wilcoxon)

Após analisar as várias facetas em estudo, procedeu-se a uma análise estatística do total do questionário. Esta análise corrobora todos os resultados anteriormente mencionados, pelo que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o “antes da intervenção” e o “depois da intervenção” ($t = .059$; sig. = .953).

Em todos os casos que se justificaram o recurso aos testes não paramétricos vêm corroborar os testes t de Student realizados, ao indicarem que não há mudanças estatisticamente significativas entre a primeira e a segunda fases.

3.4 – Satisfação dos utentes

Para analisar o questionário de satisfação foi efetuada uma análise estatística descritiva, uma vez que se trata de um questionário de opinião.

Os resultados obtidos mostram que, no geral, os utentes ficaram satisfeitos com a intervenção realizada.

Atividades contribuíram para melhorar a saúde		
	Total	
	N	%
Total	23	100
Concordo	22	95.7
Concordo muito	1	4.3

Nota: N = Número total de indivíduos; % = Percentagem

Tabela 8 - Frequências e percentagens inerentes à questão sobre se as atividades contribuíram para melhorar a saúde

Na questão “as atividades realizadas contribuíram para melhorar a sua saúde”, obteve 95,7% de concordância e 4,3% de muita concordância.

Satisfeito com as atividades realizadas		
	Total	
	N	%
Total	23	100
Satisfeito	20	87.0
Muito Satisfeito	3	13.0
Nota: N = Número total de indivíduos; % = Percentagem		

Tabela 9 - Frequências e percentagens inerentes à questão sobre se estão satisfeitos com as atividades realizadas

No que toca à “satisfação com as atividades realizadas”, verificou-se que 87,0% dos utentes ficaram satisfeitos com as mesmas e 13%, ficaram muito satisfeitos.

Deveria haver mais atividades deste tipo		
	Total	
	N	%
Total	23	100
Concordo	23	100
Nota: N = Número total de indivíduos; % = Percentagem		

Tabela 10 - Frequências e percentagens inerentes à questão sobre se deveria haver mais atividades deste tipo

Quanto à questão se “deveria haver mais atividades deste tipo”, os 23 inquiridos (100%) concordam com essa possibilidade.

Atividades devem continuar a serem realizadas		
	Total	
	N	%
Total	23	100
Concordo	22	95.7
Concordo muito	1	4.3
Nota: N = Número total de indivíduos; % = Percentagem		

Tabela 11 - Frequências e percentagens inerentes à questão sobre se as atividades devem continuar a ser realizadas

Por fim, quando questionados se “as atividades devem continuar a ser realizadas”, 95,7% dos inquiridos referem que concordam e 4,3% dizem concordar muito com esta continuação.

4 – Discussão

Após o término do projeto pode-se verificar que os idosos não apresentam mudanças estatisticamente significativas. Os instrumentos de avaliação, analisados estatisticamente, vieram mostrar que apenas houve uma ligeira evolução relativamente à memória e à pontuação de independência, verificado-se a não existência de alterações significativas, assim como na avaliação do risco de quedas, que manteve o mesmo valor, e os testes da qualidade de vida que sofreram uma ligeira diminuição da média.

Os resultados relativos ao funcionamento cognitivo apresentaram uma ligeira diferença na pontuação média apesar de ser pouco relevante. Quando comparado com outros estudos realizados, podemos verificar que o funcionamento cognitivo tende a apresentar melhorias, tal como referem Argimon, Stein, Xavier e Trentini (2004). Segundo estes investigadores, o estilo de vida, as relações sociais e as atividades físicas, podem contribuir para que o idoso possa ter um avanço da idade com uma boa preservação das suas habilidades cognitivas. Quanto mais atividades de lazer, melhor o desempenho do idoso nas habilidades cognitivas relacionadas com linguagem, memória e atenção.

Pereira (2012) no projeto Treino cognitivo em idosos sem demência obteve resultados positivos no que concerne à estimulação cognitiva. Defende ainda que tais programas devem ser aplicados em diversas instituições pois podem contribuir para prevenir ou retardar problemas cognitivos, permitindo aos idosos um envelhecimento ativo.

No que toca à motricidade, verificamos que o risco de quedas se manteve após a intervenção. Os resultados concernentes à pontuação de independência revelaram a existência de uma diferença na pontuação da média para melhor, apesar de não significativa, pois quanto menor for o valor da pontuação melhor será o nível de independência. Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Pereira, Ramalho e Oliveira (2009) defendem que o exercício físico é um importante meio de promoção de saúde e de qualidade de vida. Para além de promover benefícios ao nível físico, psíquico e social, permite aos idosos redescobrir novas e melhores formas de estar na vida de uma forma mais autónoma e independente.

Relativamente à qualidade de vida, quando analisada por facetas, verificou-se uma ligeira melhoria na autonomia e na participação social. No entanto, estatisticamente não se revelaram alterações significativas. A faceta sobre o funcionamento sensorial, assim como a faceta referente à família/vida familiar mostraram um ligeiro decréscimo nos valores, o que nos leva a concluir que os utentes não evoluíram com a intervenção.

Aquando da análise total da avaliação da qualidade, verificamos, mais uma vez que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o “antes da

intervenção” e o “depois da intervenção”. Assim como não se verificaram alterações significativas na qualidade de vida, neste projeto, também Caporicci e Neto (2011) não obtiveram diferenças a nível da qualidade no Estudo comparativo de idosos ativos e inativos, através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida.

Apesar da realização deste projeto não ter conseguido os resultados esperados, Serbim et al. (2013) revelaram após o projeto Oficinas Multiprofissionais: Educação em Saúde para idosos de uma comunidade, que as atividades proporcionam aos participantes um melhor reconhecimento das suas potencialidades e das possibilidades de se produzir saúde.

Relativamente ao facto de só no questionário de satisfação, terem ocorrido resultados positivos visíveis, poderá ser consequência de terem tido uma mudança de rotina em que a investigadora permaneceu mais tempo com o grupo, e pelo facto das atividades serem de fácil execução, pois permitiram e estimularam a participação dos idosos, promoveram a interação e o convívio, facilitando a participação ativa.

No que diz respeito ao objetivo geral, considero que poderia ter sido melhor conseguido se a duração do projeto fosse mais longa. No entanto, após as primeiras semanas, os utentes já se encontravam na sala onde decorriam as sessões mesmo antes da chegada da investigadora.

No final da intervenção os utentes mostraram o desejo de continuar com as atividades, uma vez que, mesmo não se encontrando com muita disposição, estas os ajudavam a ficar mais despertos e motivados para enfrentarem mais um dia.

5 – Conclusão

Como referido anteriormente os resultados não apresentaram diferenças significativas estatisticamente, na motricidade, na memória e qualidade de vida, apesar de em alguns resultados haver a existência de uma melhoria mínima. Apenas nos resultados da satisfação foi notório que os utentes ficaram satisfeitos com as atividades e gostariam de participar na sua continuidade.

Como limitações deste projeto cremos que os resultados poderiam ter sido melhores, com diferenças estatisticamente significativas, caso a duração da intervenção fosse mais longa. Assim, seria possível obter um maior conhecimento de cada utente e melhor responder às suas necessidades.

O facto de a média de idades ser de 85,39 anos é também um fator que consideramos ter sido uma limitação para este estudo, uma vez que os utentes, sendo do meio rural, viveram toda uma vida de trabalho e, ao saírem da sua zona de conforto, deixando as suas casas e os seus bens, têm uma maior dificuldade em adaptar-se a uma nova realidade, levando a que, muitas vezes as intervenções não consigam gerar mudança positiva num curto espaço de tempo.

A entrada num lar não é uma decisão fácil, quer para o idoso, quer para os familiares. Ainda hoje alguns idosos têm a convicção que indo para um lar, vão deixar de participar na sociedade, deixar de sair à rua, de ir às lojas da localidade e de falar com as pessoas da terra, entre outros. Mas não tem de ser assim. Apesar de se encontrarem institucionalizados os idosos podem sair à rua, dar os seus passeios, participar na comunidade e até, terem o acompanhamento dos familiares.

No futuro, este projeto poderá ser aplicado em qualquer instituição ou comunidade pois, se for realizado por um período mais longo poderá promover a motricidade, a memória e a qualidade de vida.

Ao trabalharmos com idosos, podemos pedir aos mesmos que tragam as suas atividades de infância. Deste modo sentem-se mais valorizados, participam com mais vontade e ficam mais felizes por poderem partilhar as suas experiências de vida. Assim, para além de exercitarem a memória, dão-nos a conhecer um vasto património etnográfico, que poderia estar em risco de desaparecer.

Hoje em dia é pedido aos profissionais uma atitude mais responsável, uma maior capacidade de oferecer respostas adequadas às necessidades que surgem, no dia a dia do idoso. Por isso é tão importante a implementação de projetos que possam promover a animação e a educação para a saúde. Apesar deste projeto não ter tido os resultados esperados como a evolução da memória, motricidade e qualidade de vida, a curto prazo, seria com certeza mais vantajoso aplicar projetos que tivessem um período de tempo mais longo, para que tais mudanças se pudessem verificar.

Cabe-nos a nós, profissionais da educação e da saúde, ou de qualquer outro ramo, olhar e contribuir para que o envelhecimento seja cada vez mais ativo de modo a que os idosos mantenham as suas capacidades por mais tempo.

Bibliografia

Almeida, O. P. (1998). *Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil*. Obtido de Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>

- Obtido de SciELO Portugal:
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1646-107X2009000100004&script=sci_arttext
- Fernandes, V. (2009). *Segmentos da Ciência do Envelhecimento*. Obtido de Gerontologia - Vascofernandes's Blog Gerontologia - Gerontodesign - Gerontotecnologia: <http://vascofernandes.wordpress.com/segmentos-da-ciencia-do-envelhecimento/>
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *GeroPsychology: European perspectives for an aging world*. Canadá: Hogrefe.
- Flauzin, K. L., Fratezi, F. R., & Silva, H. S. (n.d.). *Iniciativas Socioeducativas para a Promoção do Envelhecimento Saudável - Projeto Gerodia: Saúde, Bem-Estar e Educação no Envelhecimento*. Obtido de Portal do Envelhecimento: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/z386.pdf>
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). *Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module*. Obtido de Revista de Saúde Pública, 40(5):785-91: http://scholar.google.pt/scholar_url?hl=pt-PT&q=http://www.revistas.usp.br/resp/article/download/32136/34215&sa=X&scisig=AAGBfm2q3Fc8w0_bVvMGzldkBCRjmlBJQ&oi=scholar&ei=NwCjU5HsLOPC0QXCW4DAAQ&Vved=0CB4QgAMoATAA.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Obtido de Journal of psychiatric research. 12(3):189-98: [http://www.journalofpsychiatricre_\(Fonseca,2006\)_\(George,n.d.\)search.com/article/0022-3956\(75\)90026-6/abstract](http://www.journalofpsychiatricre_(Fonseca,2006)_(George,n.d.)search.com/article/0022-3956(75)90026-6/abstract).
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento - Uma abordagem psicológica (2ªed.)*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Gallahue, D. L., Ozmun, J. C., & Goodway, J. D. (2013). *Compreender o Desenvolvimento Motor - bebês, crianças, adolescentes e adultos*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Garcia, R. P. (n.d.). O idoso na sociedade contemporânea. In J. Mota, & J. Carvalho, *Actas do Seminário - A qualidade de vida no idoso: O Papel da Actividade Física* (p. 7483). Porto: Converge Artes Gráficas.
- George, F. (n.d.). *Saúde de A a Z - Envelhecimento e Envelhecimento Ativo*. Obtido de Direcção-Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>
- Gergen, K., & Gergen, M. (2000). *The New Aging: Self Construction and Social Values*. New York: Springer.
- Gonçalves, L. T., Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Bisogno, S. C., Biasuz, S., & Falcade, B. L. (2013). *Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores*. Obtido de Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro; 16(2):315-325: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/11.pdf>

- Guimarães, J. B. (n.d.). *Análise Estatística Utilizando o SPSS - Guia Prático de Comandos*. Salvador, Salvador, Brasil.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos: Actividades (4ª ed.)*. Porto: Ambar.
- Jardim, D. M., Resende, F. A., Pimenta, G. S., Pascoal, M. C., Bernardes, R. M., & Rosa, R. S. (2004). *Uma Proposta de Trabalho em Educação para a Saúde com os idosos*. Obtido de Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte: <http://www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude194.pdf>
- Junior, A. F. (n.d.). Idosos em movimento - mantendo a autonomia: um projecto para promover a saúde e a qualidade de vida através de actividades físicas. In J. Mota, & J. Carvalho, *Actas do Seminário - A qualidade de vida no idoso: O Papel da Actividade Física* (pp. 36-49). Porto: Converge Artes Gráficas.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimentos. Estados da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P. (2013). *Posso Participar? Actividades de Desenvolvimento Pessoal para Pessoas Idosas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 41-1, pp. 165-183.
- Lopes, M. S. (2008). *Animação Sociocultural em Portugal (2ª ed.)*. Amarante: Intervenção.
- Lorenzi, A. (2010). *Gerontomotricidade*. Obtido de Ebah: <http://www.ebah.pt/content/ABAAABteoAl/gerontomotricidade>
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde - dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Lourenço, O. M. (1997). *Psicologia do Desenvolvimento Cognitivo: Teoria, dados e implicações*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Mainel, K., & Schnabel, G. (1984). *Motricidade II - O desenvolvimento motor do ser humano*. Rio de Janeiro: AO LIVRO TÉCNICO S/A - Indústria e Comércio.
- Manes, S. (2007). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos: Um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais (10ª ed.)*. Lisboa: Paulos Editora.
- Matos, L. C. (2011). *Medo da queda, estado emocional, qualidade de vida e contexto habitacional em idosos: Um estudo exploratório*. Obtido de Repositório da Universidade de Lisboa: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5144/2/ulfpie039729_tm_tese.pdf

- Moragas, R. M. (1991). *Gerontología Social - Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Motta, B. R. (n.d.). *Projeto Visando a Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos*. Obtido de Ebah: [Http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAPN8AB/projeto-visando-a-melhoria-qualidade-de-vida-dos-idosos?part=2](http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAPN8AB/projeto-visando-a-melhoria-qualidade-de-vida-dos-idosos?part=2)
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde - Guia Para Melhorar a Sua Saúde Física e Psíquica*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso (3ª ed.)*. Porto: Livpsic/Legis Editora.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Paula, F. L. (2010). *Envelhecimento e quedas de idosos*. Rio de Janeiro: apicuri.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). *Estudos psicométricos da versão em Portugues Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8*. Obtido de Laboratório de Psicologia, 9(2):109-123: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20675/1/2011%20Estudos%20psicom%C3%A9tricos%20do%20EUROHIS-QOL-8.pdf>
- Pereira, Z. M. (2012). *Treino Cognitivo em Idosos sem Demência*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.
- Pinto, A. M. (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pocinho, M., & Figueiredo, J. P. ((n.d)). *SPSS: Uma ferramenta para análise de dados*. Obtido de http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/manual_SPSS.pdf
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *O Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2008). *Educação para a Saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Rodrigues, S. L. (2006). *Perfil da aptidão motora em idosos da universidade da experiência no Município de Tubarão-SC*. Obtido de <http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/06b/simone/tccsimone.pdf>
- Safons, M. P. (2003). *Qualidade de vida na terceira idade: uma proposta multidisciplinar*. Obtido de [efdeportes.com](http://www.efdeportes.com) - Projeto sobre idosos: <http://www.efdeportes.com/efd64/tidade.htm>
- Schroots, J. J. (1996). Theoretical Developments in the Psychology of Aging. *The Gerontologist*, pp. Vol. 36, No. 6, 742-748.
- Serbim, A. K., & al., e. (30 de 06 de 2013). *Oficinas multiprofissionais: educação em saúde para idosos de uma comunidade*. Obtido de Revista Eletrônica Gestão & Saúde vol.04, Nº1: http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/.../pdf_1

- Simões, A. (1985). Esteriótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX, pp. 207-234.
- Simões, A. (1991). Aspectos do desenvolvimento Cognitivo do Idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXV, pp. 177-185.
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36 (1,2 e 3), pp. 559-569.
- Simões, A. (2006). *A nova Velhice. Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A. (2006). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, pp. 25-43.
- Simões, A., & al., e. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental,42. *Psychologica*, pp. 115-131.
- Soares, J. M., & Carvalho, J. (n.d.). Integridade e funcionalidade muscular no idoso. In J. Mota, & J. Carvalho, *Actas do Seminário - A qualidade de vida no idoso: O Papel da Actividade Física* (pp. 70-73). Porto: Converge Artes Gráficas.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Obtido de Revista de Saúde Pública, 37(3):364-71: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866>
- Trilla, J. (1998). *Animação Sociocultural. Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Valente, J. A. (n.d.). *Aprendizagem continuada ao longo da vida, o exemplo da terceira idade*. São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Viegas, S. M., & Gomes, C. A. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.
- Vilar, M., & Simões, M. R. (2009). *Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos da OMS (WHOQOL-Old)*.

Anexos

